

# تصحيح التدريب والاعتماد

يمكنك طلب مراجعة لوحد أو أكثر مما يلي (يلزم تقديم طلب منفصل لكل على حدة):

- إكمال التعليم المستمر
  - فئتك التدريبية/نوع مزود الخدمة
  - اعتماد مساعد الرعاية المنزلية (HCA) (أو ما يعادله) كما هو موضح في ملفك الشخصي في بوابة الويب DirectMyCare
  - التدريب الذي أكملته خارج مجموعة مزاي SEIU 775.
- إذا كان لديك أكثر من نوع تصحيح، فافتح طلبًا لكل نوع، تذكّر أن تنقر فوق "Submit" (إرسال) لكل طلب.

## لطلب تصحيح تدريب

1. سجّل الدخول إلى بوابة DirectMyCare الإلكترونية الخاصة بشبكة CDWA.
2. من خلال شاشة My Dashboard (لوحة معلوماتي)، انقر فوق زر **Workday** (يوم العمل) للذهاب إلى صفحتك الرئيسية على Workday (يوم العمل).
3. \* إذا وصلت إلى صفحة تسجيل الدخول، فأدخل اسم المستخدم وكلمة المرور نفسها كما استخدمتهما لتسجيل الدخول إلى بوابة DirectMyCare الإلكترونية.
4. حدد موقع شريط البحث أعلى الشاشة واكتب **إنشاء طلب**.
5. حدد **Create Request Task (مهمة إنشاء طلب)**.
6. في النافذة المنبثقة "Create Request" (إنشاء طلب)، استخدم القائمة المنسدلة لتحديد **All (الكل)**. ثم حدد **IP Training and Credential Request**.
7. \*ستجد تعليمات مفيدة على الشاشة. راجعها قبل إكمال جميع الحقول الخاصة بالمهمة (الشكل 01).

**IP Training & Credential Correction Request**

Use this form to notify CDWA of corrections that need to be made to:

- Your Training Category/Provider Type

or

- Your Home Care Aide (HCA or equivalent) credential, as shown in your profile in the DirectMyCare portal (requires your credential number)

or

- Training you completed outside of SEIU Benefits Group (requires a Certificate of Completion)

If you have more than one type of correction, open a request for each one.

Click **Submit** for each correction request.

If you believe your training completion records are incorrect, please contact the Benefits Group to have them updated. Email: [MRC@myseilubenefits.org](mailto:MRC@myseilubenefits.org) or Phone: 866-371-3200.

**Create Request**

Request Type \*

6. انقر فوق **OK (موافق)**.

7. أكمل كل حقل مطلوب.

8. أدخل رقم معرفك الشخصي.

Enter your 9-digit ProviderOne ID or 7-digit CDWA Person ID (Required)

9. ادخل تاريخ اليوم.

10. حدد نوع التصحيح الذي تطلبه.

Request Type \*

## إكمال التعليم المستمر

اكتب في وصف معلومات سجل التعليم المستمر التي ترغب في مراجعتها.

يُرجى تحميل الوثائق من مجموعة مزايا SEIU 775 أو من برنامج تدريبي معتمد آخر. إذا أكملت تعليمك المستمر من خلال برنامج تدريبي معتمد آخر، يجب عليك تضمين شهادة الإكمال الخاصة بك.

Supporting information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here. (Required)

Upload your Education Completion (Attachment optional)

Drop files here

or

Select files

## فئة التدريب/نوع مزود الخدمة

حدد الخيار الذي يناسب نوع مزود الخدمة الخاص بك. إذا كان لديك أكثر من عميل، يمكنك تحديد أكثر من عميل، حسب دورك. (الشكل. 02)

- Standard HCA
- Adult Child Provider
- Limited Service Provider
- DDA Parent Provider
- Respite Provider
- Spouse/Registered Domestic Partner
- Family Provider

(الشكل. 02)

في مربع المعلومات الداعمة، اكتب اسم كل عميل ورقم المُعرِّف الشخصي لمقدم الخدمة الأول الخاص بهم.

Supporting information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here. (Required)

## HCA أو اعتماد تأهيل آخر

اكتب نوع الاعتماد ورقمه. يتطلب اعتماد OSPI إرفاق لشهادتك. ستتحقق شبكة CDWA من شهادتك.

اكتب وصفاً موجزاً لطلبك.

Supporting information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here. (Required)

HCA or Other Qualifying Credential

Enter your Credential TYPE and NUMBER.

If you selected OSPI (Office of Superintendent of Public Instruction), you must attach a copy of your certification below.

## نقل التدريب

يُرجى تحميل شهادة الإكمال الخاصة بك.

اكتب وصفاً موجزاً لطلبك.

Supporting information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here. (Required)

Upload your Certificate of Completion (Required)

Drop files here

or

Select files

11. أكمل التصديق وانقر فوق **Submit** (إرسال).

I certify the above information is true and accurate to the best of my knowledge. Additionally, I attest that the document attached supports my request for correction.

CDWA will respond within 7 business days with an approval, denial, or additional questions. (Required)

Yes

No (Click Cancel to exit this request without submitting)

Submit Save for Later Cancel

20230825

سترد شبكة CDWA في غضون سبعة أيام عمل بالموافقة أو الرفض أو بأسئلة إضافية.

.a